

ارتباط سرگیجه با رینوپلاستی

دکتر شادمان نعمتی^۱ (MD) - *دکتر میرمحمد جلالی^۱ (MD) - دکتر احسان کاظم‌نژاد^۲ (PhD) - فنانه بخشی^۱ (MSc) - دکتر هیلا فرخ‌پی^۲ (MD)

*نویسنده مسئول: گروه گوش، گلو، بینی و جراحی سر و گردن، بیمارستان امیرالمومنین، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: mmjalali@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۰۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۴

چکیده

مقدمه: یکی از شکایتهای بیماران که جراحی الکتیو ناحیه سر و گردن می‌شوند، احساس نداشتن تعادل و سرگیجه است. در آموزه‌های بالینی دیده می‌شود که این شکایت در برخی جراحی‌ها فراوانی بیشتری دارد. یکی از آنها رینوپلاستی است که با توجه به تمایل بالای افراد جامعه به آن، توجه به شکایت داوطلبان و پیشگیری با درمان آن مهم است.

هدف: بررسی ارتباط بروز انواع سرگیجه با رینوپلاستی در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امیرالمومنین (ع) رشت

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مورد-شاهدی بیماران از نظر سرگیجه در گروه مورد (رینوپلاستی ۶۳ نمونه) و شاهد (اندوسکوپی سینوس ۵۰ نمونه) پیش از جراحی بررسی شدند. هر دو گروه از نظر متغیرهای مداخله‌کننده احتمالی در بروز سرگیجه همسان شدند. بیماران هفته ۱ و ۳ ماه پس از جراحی از نظر بروز سرگیجه ارزیابی شدند. همچنین، در بیماران که رینوپلاستی شده بودند، روش استئوتومی طرفی به عنوان عامل مؤثر احتمالی در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از t test و χ^2 و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل و p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شد.

نتایج: از افراد بررسی شده ۵۰ نفر در گروه مورد و ۴۵ نفر در گروه شاهد تا ۳ ماه پی‌گیری شدند. ۸۰٪ بیماران گروه مورد و ۴۴/۴٪ بیماران گروه شاهد مونت بودند. فراوانی بروز سرگیجه در بیماران گروه مورد در زمان‌های نام‌برده به ترتیب ۱۷، ۳ و ۲ مورد بود که تنها یک مورد به علت سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش‌خیم و بقیه به علت کاهش فشارخون وضعیتی بوده‌ست. در گروه شاهد فراوانی بروز سرگیجه به ترتیب ۱۱، ۱ و ۱ مورد و همه ناشی از کاهش فشارخون وضعیتی بود. ۵۸/۶٪ بیماران که روش استئوتومی طرفی بیرونی در آنها بکار رفته بود از سرگیجه شاکمی بودند درحالی‌که تنها ۱۱/۵٪ بیماران که در آنها روش استئوتومی طرفی درونی بکار رفته بود از سرگیجه شکایت داشتند. این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۰۰۱$)

نتیجه‌گیری: بیشترین موارد سرگیجه در هر دو گروه، سرگیجه کاذب و ناشی از کاهش فشارخون وضعیتی بوده و به نظر نمی‌رسد که سرگیجه حقیقی ارتباطی با نوع جراحی‌های مورد بررسی (رینوپلاستی و آندوسکوپی بینی) داشته باشد. با این وجود بررسی دقیق‌تر و با حجم نمونه بیشتر در این مورد پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: استخوان شکافی / جراحی ترمیمی بینی / سرگیجه / گیجی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و سوم شماره ۹۰، صفحات: ۶۳-۵۹

مقدمه

پژوهشگران گزارش کرده‌اند که تعدادی از بیماران پس از رینوپلاستی از سرگیجه‌های تکرار شونده با مدت‌های کوتاه و برخی بیماران در موقعیت خاصی از چرخش سر، شکایت دارند (۴). این شکایت در بعضی از بیماران مورد جراحی‌های فک و صورت، دیده شده‌است (۷-۵). در یکی از این بررسی‌ها از نظر بروز BPPV، مقایسه‌ای بین استفاده از چکش در برابر استئوتوم screwble که نیروی کمتری به استخوان وارد می‌کند، انجام شد. نتایج بدست آمده با توجه به ثابت نگه‌داشتن سایر متغیرها (همچون مدت جراحی، وضعیت سر طی جراحی و نیروی لرزه) نشان‌دهنده نقش نیروی

Dizziness یا گیجی نهمین علت شایع مراجعه بیماران به پزشکان در سراسر جهان است و به چند زیرمجموعه تقسیم می‌شود (۱ و ۲) که می‌توان از بین آنها به سرگیجه حقیقی و کاذب اشاره کرد. در سرگیجه کاذب دستگاه وستیبول محیطی و مرکزی مبتلا نیست و می‌تواند به علل گوناگون مانند پره‌سکوپ، تحریک سیستم وازوواگال، کاهش فشارخون وضعیتی و سایر موارد باشد (۱).

شایع‌ترین علت سرگیجه حقیقی با منشاء محیطی، سرگیجه وضعیتی حمله‌ای خوش‌خیم (BPPV) است که در وضعیت‌های ویژه‌ای از حرکت سر ایجاد می‌شود (۳). برخی

سنجه‌های ورود را نداشتند و ۸ نفر نیز همکاری مناسب را در طی اجرا و نیز پیگیری نکردند. به این ترتیب داده‌های ۵۰ نفر تجزیه و تحلیل شد. نمونه‌های گروه مورد نیز از بین مراجعانی که طی این بازه زمانی برای آندوسکوپی عملکردی سینوس مراجعه کرده بودند با توجه به توزیع سنی و جنسی انتخاب شدند. از ۴۷ مورد واجد شرایط که وارد مطالعه شدند ۲ مورد برای پی‌گیری مراجعه نکردند. از این رو داده‌های ۴۵ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تلاش شد در دو گروه جز شیوه جراحی، سایر عوامل مانند وضعیت سر و مدت جراحی و داروهای بیهوشی بکار رفته، یکسان باشد. مدت جراحی‌ها بین ۳-۱ ساعت بود. پوزیشن سر تمامی بیماران خنثی (نه هیپرفلکس و نه هیپراکستن) بود. همه نمونه‌های گروه مورد به روش رینوپلاستی باز جراحی شدند.

بیماران در پایان هفته اول، ماه اول و ماه سوم پس از جراحی معاینه شدند و از نظر نشانه‌های سرگیجه کاذب یا حقیقی ارزیابی و همچنین فشار خون در دو حالت خوابیده و پس از پنج دقیقه دراز کشیدن در حالت ایستاده اندازه‌گیری شد. افت ۲۰ میلی‌متر جیوه فشار سیستول یا ۱۰ میلی‌متر جیوه فشار دیاستول یا بروز نشانه‌های کاهش خون‌رسانی مغزی به عنوان OH در نظر گرفته شد (۱۰). سپس برای تشخیص BPPV مانور دیکس هالپایک انجام شد. طی این مانور در حالی که بیمار روی تخت نشسته است و سر بین دو دست معاینه‌کننده به سمت شانه چپ یا راست بیمار چرخیده است، بیمار به سرعت از حالت نشسته به خوابیده، در حالی که سر ۳۰ درجه پایین‌تر از بدن قرار بگیرد، برده می‌شود (۱۱). در صورت بروز سرگیجه و نیستاگموس تأخیری که پس از مدتی از بین برود و بروز نیستاگموس در جهت مخالف پس از نشستن، نتیجه مانور مثبت است (۳، ۱۴-۱۲).

داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS19 شد. برای تعیین فراوانی سرگیجه دروغین و راستین و BPPV در دو گروه از فاصله اعتماد ۹۵٪ به تفکیک زمان پی‌گیری و برای مقایسه‌ی این فراوانی‌ها در دو گروه و همچنین بر حسب متغیرهای کیفی مداخله‌گر و زمینه‌ای مورد مطالعه از آزمون Chi square استفاده شد. جهت مقایسه متغیرهای کمی مورد مطالعه در بین

percussion چکش در بروز BPPV بود (۵). باور بر این است که در این سری اعمال جراحی که در آنها از انواع چکش‌ها و دریل‌ها برای شکل دادن و برداشتن استخوان استفاده می‌شود، ضربه‌های وارده باعث کنده شدن اتولیت‌ها و ایجاد BPPV در بیماران می‌شود. این ضربه‌ها را می‌توان جزء تروما (micro trauma) به حساب آورد (۸و۴). علاوه بر این اعمال جراحی با بیهوشی‌های عمومی می‌توانند سبب دوره‌های گذرای Dizziness پس از جراحی شود (۹).

طی یک مطالعه پایلوت بر ۲۴ بیمار پس از رینوپلاستی، ۶ بیمار از سرگیجه شکایت داشتند که ۲ مورد به صورت سرگیجه‌های تکرار شونده بود. در نتیجه این پرسش در میان آمد که آیا ضربه چکش که در حین رینوپلاستی بکار می‌رود این بیماران را بیش از سایر بیمارانی که مورد جراحی سر و گردن قرار می‌گیرند مستعد سرگیجه می‌کند. تکرار در برخی انواع سرگیجه‌ها بویژه BPPV که در موقعیت‌های خاصی از سر روی می‌دهد و بروز تهوع و استفراغ همراه با آن می‌تواند سبب ناخشنودی در بیماران شود و اگر این حالت در مواقع خطرناک مانند رانندگی یا کار در ارتفاع، اتفاق بیفتد، می‌تواند خطر جانی برای بیمار و تروما به بینی داشته، سبب نارضایتی بیماران و پیامدهای عاطفی- روانی شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مطالعه‌ی اولیه در دو گروه مورد و شاهد انجام شد. سنجه‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: محدوده سنی ۵۵-۱۸ ساله، کاندیدای رینوپلاستی یا آندوسکوپی عملکردی سینوس، مبتلا نبودن به سرگیجه کاذب یا حقیقی از پیش، نداشتن پیشینه جراحی گوش، ضربه به سر، مبتلا نبودن به بیماری‌های قلبی-عروقی و میگرن. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: خونروی بیش از ۵۰۰ سی‌سی طی جراحی، نیاز به سپتوپلاستی (همراه با استئوتومی) در حین جراحی، ترومای شدید سر همراه با کاهش سطح هوشیاری.

روش نمونه‌گیری به صورت متوالی آسان بود. از ۷۳ بیماری که در فهرست عمل جراحی رینوپلاستی بودند و پس از آگاهی از هدف پژوهش، حاضر به همکاری شدند، ۱۵ نفر

مدت سرگیجه کمتر از یک دقیقه و ۷۶/۵ درصد بین چند دقیقه تا نیم ساعت بود. در گروه شاهد ۵۴/۵ درصد موارد مدت سرگیجه کمتر از یک دقیقه و ۴۵/۵ درصد بین چند دقیقه تا نیم ساعت بود. سنجش فراوانی مدت سرگیجه در دو گروه اختلاف معنی دار نشان نداد ($P>0/05$)

معاینه بالینی پایان هفته اول در ۱۶ بیمار (۹۴/۱٪) از گروه مورد و در ۱۱ بیمار (۱۰۰٪) از گروه شاهد، به سود وجود کاهش فشارخون وضعیتی بود. مقایسه دو گروه اختلاف معنی دار نشان نداد ($P>0/05$). معاینه بالینی پایان ماه اول و سوم در همه بیماران گروه مورد و شاهد که از سرگیجه شاکی بودند به نفع کاهش فشارخون وضعیتی بود. مقایسه دو گروه اختلاف معنی دار نشان نداد ($P>0/05$)

در بیمارانی که مورد رینوپلاستی قرار گرفتند در ۲۴ نفر استئوتومی طرفی به روش بیرونی و در ۲۶ نفر به روش درونی صورت گرفت که در پایان هفته اول به ترتیب ۱۴ مورد (۵۸/۳ درصد) و ۳ مورد (۱۱/۵ درصد) از سرگیجه شاکی بودند. مقایسه فراوانی سرگیجه در بین زیر گروه‌های بیمارانی که رینوپلاستی شده بودند اختلاف آماری معنی دار نشان داد ($P=0/0001$).

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه چانگ و همکاران، (۹) بروز کاهش فشارخون وضعیتی در بیماران با بیهوشی عمومی ۱۶/۱٪ گزارش شد. در بررسی سو (۱۵) نیز ۹۵٪ بیماران مورد FESS سرگیجه نشان دادند. در بررسی ما همه بیماران زیر بیهوشی عمومی قرار گرفتند که ۳۴ درصد گروه مورد و ۲۴/۴ درصد گروه شاهد سرگیجه و ۹۴/۱ درصد گروه مورد و ۱۰۰ درصد افراد گروه شاهد کاهش فشارخون وضعیتی داشتند. ۳۵/۳ درصد گروه مورد و ۶۳/۶ درصد گروه شاهد سرگیجه را به صورت نداشتن تعادل و ۶۴/۷ درصد گروه مورد و ۳۶/۴ درصد گروه شاهد احساس تلوتلو خوردن و حرکت اشیا را بیان کردند ولی اختلاف معنی دار در توزیع فراوانی بروز سرگیجه در دو گروه پس از جراحی‌ها دیده نشد ($P>0/05$). در مطالعه سامارتینو (۵) که نقش نیروی ارتعاش و لرزش screwable در برابر نیروی مکانیکی و ارتعاش چکش (Mallet) بررسی

دو گروه با و بدون سرگیجه کاذب و حقیقی و BPPV از آزمون تی غیروابسته استفاده شد. آزمون‌ها دوطرفه انجام شده و سطح معنی داری ($P<0/05$) در نظر گرفته شد.

نتایج

داده‌های ۵۰ نفر از بیماران در گروه مورد با ۴۵ نفر از گروه شاهد مقایسه و تجزیه و تحلیل نهایی شد. ۹ نفر از بیماران در گروه مورد و ۲۵ نفر در گروه شاهد مذکر بودند (به ترتیب ۱۸ و ۵۵/۶ درصد). توزیع فراوانی جنس در دو گروه شرکت‌کننده اختلاف معنی دار داشت ($p=0/0001$) میانگین سنی شرکت‌کننده‌ها در گروه مورد $28/28 \pm 4/81$ ساله و گروه شاهد، $27/30 \pm 5/91$ ساله بود که اختلاف معنی دار در توزیع فراوانی سنی در دو گروه دیده نشد ($P>0/05$)

همه بیماران در گروه مورد، استئوتومی طرفی شدند که در ۲۴ بیمار به روش درونی و در ۲۶ نفر به روش بیرونی بود. بیماران گروه شاهد نیز مورد اندوسکوپ سینوس با پنس‌های اتومیید قرار گرفتند.

مدت استراحت بیماران در دو گروه متفاوت بود. اکثر بیماران گروه مورد (۶۲ درصد) بین ۳-۷ روز استراحت کرده بودند. در حالی که ۸۲/۲ درصد بیماران گروه شاهد کمتر از ۳ روز استراحت داشتند ($p=0/0001$).

بروز سرگیجه در بیماران طی پایان هفته اول، ماه اول و سوم پس از جراحی ارزیابی شد که در گروه مورد به ترتیب ۱۷، ۳ و ۲ مورد بود. از ۱۷ بیماری که در پایان هفته اول سرگیجه داشتند (۳۴ درصد)، ۶ مورد به صورت عدم تعادل و ۱۱ مورد به صورت احساس تلوتلو خوردن و حرکت اشیا بود. از بیماران نام‌برده تنها در یک مورد مانور دیکس هالپایک مثبت به سود BPPV بود. در بیماران گروه شاهد فراوانی سرگیجه در زمان‌های بررسی شده به ترتیب ۱۱، ۱۰ و ۱۱ مورد بوده است که از بین ۱۱ بیماری که در پایان هفته اول سرگیجه داشتند (۲۴/۴ درصد)، ۷ مورد به صورت نداشتن تعادل و ۴ مورد به صورت احساس تلوتلو خوردن و حرکت اشیا بود. در هیچ‌یک از بیماران نام‌برده مانور دیکس هالپایک مثبت نبود. اختلاف بین دو گروه از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P>0/05$) در بیماران دچار سرگیجه در گروه مورد ۲۳/۵ درصد موارد

بررسی دقیق‌تر و با حجم نمونه بالاتر در این مورد پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله با استفاده از داده‌های پایان‌نامه خانم دکتر هیلا فرخ‌بی دانشجوی دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی گیلان به نگارش درآمده‌است. بدین‌وسیله از همه کارکنان بیمارستان امیرالمومنین(ع) رشت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و تمام بیماران عزیزی که ما را در اجرای این مطالعه یاری کردند؛ سپاسگزاری می‌کنیم و نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

شده بود، ۳ مورد BPPV در گروهی از بیماران که استئوتومی با چکش شده بودند، گزارش شد. پرسجتی و همکاران (۴) نیز یک نمونه بروز BPPV پس از ترمیم saddle nose را گزارش کردند که ضربه‌های استئوتوم را مسئول کننده شدن اتولیت‌ها و بروز BPPV دانستند. در مطالعه ما نیز یک مورد BPPV در بیمارانی که تحت استئوتومی با چکش قرار گرفته بودند، دیده شد.

بیشترین موارد سرگیجه در هر دو گروه از نوع دروغین بوده و ناشی از کاهش فشارخون وضعیتی است و به نظر نمی‌رسد که سرگیجه حقیقی ارتباطی با نوع جراحی‌های مورد بررسی (رینوپلاستی، آندوسکوپي سینوس) داشته باشد. با این وجود

منابع

1. Hullar TE, Zee DS, Minor LB. Evaluation of the Patient with Dizziness. In: Cummings CW, Flint P W, Haughey B H, et al. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. 5th ed. Philadelphia; Mosby, 2010: 2309.
2. Sidden A M, Tami TA, Pensak M L, Cotton RT, Glucman J L. Functional Disorder. Otolaryngology:the Essentials. New york :Thieme; 2002:40.
3. Berçýn S, Kutluhan A, Ural A, Bozdemý K. Benign Paroxysmal Positional Vertigo Occurring After Nasal Osteoma Excision. OTOSCOPE 2005;2:65-68.
4. Persichetti P, Di Lella F, Simone P, Marangi GF, Cagli B, Tenna S, Trivelli M. BENIGN Paroxysmal Positional Vertigo: An Unusual Complication of Rhinoplasty. American Society of Plastic Surgeons 2004;114(1):277-8.
5. Sammartino G, Mariniello M, Scaravilli M S. Benign Paroxysmal Positional Vertigo Following Closed Sinus Floor Elevation Procedure: Mallet Osteotomes vs. Screwable Osteotomes. A Triple Blind Randomized Controlled Trial. Clinical Oral Implants Research 2011; 22(6):667-72
6. Chiarella G, Leopardi G, De Fazio L, Chiarella R, Cassandro C, Cassandro E. Iatrogenic Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Review and Personal Experience in Dental and Maxillofacial Surgery. Acta Otorhinolaryngol Ital 2007; 27(3): 126-128.
7. Leopardi G, Chiarella G, Serafini G, Pennacchi A, Bruschini L, Brizi S, et al. Paroxysmal Positional Vertigo: Short- and Long-term Clinical and Methodological Analyses of 794 Patients. Acta Otorhinolaryngol Ital 2003;23:155-60.
8. Hughes, CA, Proctor, L. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. Laryngoscope 1997; 107:607.
9. Chung F, Un V, Su J. Postoperative Symptoms 24 Hours Aafter Ambulatory Anaesthesia. CanJAnaesth 1996; 43(11):1121-7.
10. Gibbons CH, Freeman R. Delayed Orthostatic Hypotension: a Frequent Cause of Orthostatic Intolerance Neurology 2006; 67:28.
11. Ernst, A, Basta, D, Seidl, RO, et al. Management of Posttraumatic Vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 132:554.
12. Hall SF, Ruby RR, McClure JA. The Mechanics of Benign Paroxysmal Vertigo. J Otolaryngol 1979; 8:151.
13. Oas JG. Benign Paroxysmal Positional Vertigo: a Clinician's Perspective. Ann N Y Acad Sci 2001; 942:201.
14. Furman JM, Cass SP. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. N Engl J Med 1999; 341:1590.
15. Xu G. Transnasal Endoscopic Sinus Surgery. Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi 1991;26(4):222-5.

Association Between Vertigo and Rhinoplasty

Nemati SH.(MD)¹- *Jalali M.M.(MD)¹- Kazemnejad E.(PhD)²- Bakhshi F.(MSc)¹- Farrokhpey H.(MD)²

*Corresponding Address: ENT-HNS Research Center, Amiralmomenin Hospital, Guilan University of Medical Sciences,Rasht, Iran

Email: mmjalali@gums.ac.ir

Received: 19 Nov/2013 Accepted: 05 Mar/2014

Abstract

Introduction: After elective surgery of head and neck region, one of the complaints of patients is unsteadiness and vertigo. This complaint was seen more in some surgeries in clinical experiences, one of which is rhinoplasty. Given the community's increasing trend to rhinoplasty, considering this complaint of patients is important for appropriate prevention or treatment

Objective: To evaluate vertigo occurrence in patients undergoing rhinoplasty, Amiralmomenin Hospital of Rasht

Materials and Methods: In this case-control study, 63 patients in case group (Rhinoplasty) and 50 patients in control group (Functional Endoscopic Sinus Surgery), were evaluated for vertigo. The two groups were matched for possible confounding factors. All the patients were evaluated for vertigo 1week, 1and 3 months after surgery. Also, in rhinoplastic patients, lateral osteotomy approach was considered as a possible factor. Using SPSS 19, data were analyzed with t and χ^2 tests and $P<0.05$ was considered significant.

Results: Fifty patients of case group and 45 patients of control group were followed for 3 months. Female patients comprised 80 and 44.4% of case and control groups, respectively. The frequency of vertigo in patients of case group was 17, 3 and 2, respectively. Only one case was due to benign paroxysmal positional vertigo and others were due to orthostatic hypotension. In control group, frequency of vertigo was 11, 1 and 1, respectively. The cause of all cases was orthostatic hypotension. The rhinoplastic patients with external and internal lateral osteotomy approach complained of vertigo in 58.6 and 11.5%, respectively. This difference was significant statistically ($P<0.0001$).

Conclusion: This study showed that the most frequent cause of vertigo in both groups is pseudo vertigo and due to orthostatic hypotension. It seems that true vertigo is not associated with operation types (including rhinoplastic and nasal endoscopy). We advised more detailed investigations with larger sample size in this area.

Conflict of interest: non declared

Key words: Dissiness/ Osteotomy/ Rhinoplasty/ Vertigo

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 90, Pages: 59-63

Please cite this article as: Nemati SH, Jalali MM, Kazemnejad E, Bakhshi F Farrokhpey H. Association Between Vertigo and Rhinoplasty. J of Guilan University of Med Sci 2014; 23(90):59 - 63. [Text in Persian]